

登録番号 _____

記入日 平成 年 月 日

一時預かり、病児・病後児保育利用登録申込書

申込者	フリガナ 氏名	(印)
	住所 (〒 -)	電話番号: ()

託児利用登録をしたいので、次のとおり申し込みます。

なお、登録に当たっては、託児利用案内に定める内容を理解し、これを遵守します。

登録児童について	フリガナ		性別	男・女	
	児童氏名	愛称	生年月日	年 月 日	
	自宅住所(〒 -)		※申込者住所と同一の場合は記入不要		
					自宅電話番号: ()
	同居者氏名	年齢	続柄	勤務先又は通園・通学施設名	勤務先・携帯電話番号
					勤務先: 携帯:
					勤務先: 携帯:
緊急連絡先 1			緊急連絡先 2		
氏名		氏名			
電話番号		電話番号			
平熱	度 分	新生児期	出生児の異常(有・無)		
かかりつけ医	() 医院・病院		() 先生		
アレルギー	なし・あり(具体的に:)				
予防接種	三種混合	受けてない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)			
	BCG	受けてない・受けた	ポリオ	受けてない・受けた(1回・2回)	
	はしか(麻疹)	受けてない・受けた	風疹	受けてない・受けた	
	水ぼうそう	受けてない・受けた	おたふくかぜ	受けてない・受けた	
これまでかかった主な感染症 -かかった病気に○をつけてください-					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ					
6. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日) 7. アトピー性皮膚炎					
8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他()					
入院したこと	ない・ある(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)				
常時服用している薬	ない・ある(具体的に:)				
食事制限	ない・ある(具体的に:)				
その他	体質や、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください				

登録番号

自宅付近の地図をお書きください。
※目印となる施設や店舗等を書き入れてください。



自宅近隣の小児科又は内科（ ）病院